

## Cuestionario Provisional de Selección para Recibir la Vacuna del Virus Inactivado Contra la Influenza (vacuna antigripal)

Este año hay bajas existencias de la vacuna antigripal. Es importante que las personas que se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones debido a la gripe reciban la vacuna del virus inactivado contra la influenza. Llene este formulario para determinar si usted o su hijo/a deben recibir la vacuna durante esta temporada de gripe (según las normas de MDPH del 27 de octubre de 2004).

### La persona que está considerando recibir la vacuna:

	Sí	No
¿Tiene de 6 a 23 meses de edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene 75 años de edad o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está recibiendo atención médica frecuente o continua para una de las siguientes enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad del corazón</li><li>• Enfermedad de los pulmones, incluyendo asma</li><li>• Enfermedad metabólica como diabetes</li><li>• Enfermedad de la sangre como anemia</li><li>• Sistema inmune debilitado por una enfermedad como VIH/SIDA, cáncer, tratamiento para el cáncer o tratamiento con esteroides</li></ul>		
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene entre 6 meses y 18 años de edad y toma aspirina todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Vive en una institución para cuidados de la salud a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es un profesional de la salud que atiende directamente a pacientes, pero no reúne las condiciones para recibir FluMist® debido a una de las siguientes razones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene 50 años de edad o más</li><li>• Tiene una enfermedad que aumenta el riesgo de complicaciones de la gripe</li><li>• Da atención a pacientes inmunocomprometidos que necesitan un entorno que les brinde protección</li></ul>		

**Si contestó "Sí" a alguna de estas preguntas, significa que reúne las condiciones para recibir la vacuna del virus inactivado contra la influenza (vacuna antigripal) en Massachusetts.**

Nombre del paciente, o su padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_